

apb

2026

Tome III.

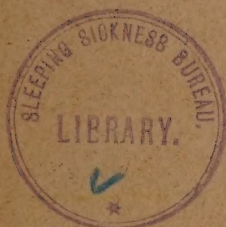
Séance du 12 Octobre 1910.

N° 8.

GUSTAVE MARTIN ET RINGENBACH



Prophylaxie de la maladie du sommeil
à Brazzaville et au Congo français
pendant l'année 1909



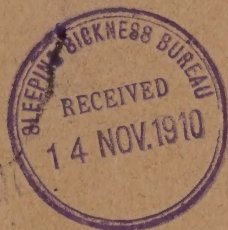
EXTRAIT

DU

Bulletin de la Société

de

Pathologie Exotique



WELLCOME INSTITUTE LIBRARY	
Coll.	weTROmec
Call	Pam
No.	WC 705
	1910
	M 38p

PARIS

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain (6^e)



22200129701

Prophylaxie de la maladie du sommeil à Brazzaville et au Congo français pendant l'année 1909

Par GUSTAVE MARTIN et RINGENBACH.

Au cours de l'année 1909, l'organisation d'un service de prophylaxie contre la maladie du sommeil a été l'un de nos principaux objectifs. La Mission d'Etudes, l'Institut Pasteur, qui lui a fait suite, n'ont jamais perdu de vue ce but. D'ailleurs nous nous conformions ainsi tant aux instructions écrites qui nous avaient été données qu'aux instructions verbales de nos chefs du Corps de Santé des colonies et de nos maîtres de l'Institut Pasteur. Nous répondions aussi aux désirs du Gouvernement Général du Congo et de la Direction du Service de Santé de la colonie.

Nous nous proposons ici de décrire l'organisation du système de surveillance et d'en étudier le fonctionnement.



1° En 1907-1908 (1) (D^{re} Gustave MARTIN et LEBGEUF) et au commencement de 1909, les individus reconnus par le laboratoire atteints de la Maladie du Sommeil et traités par lui (prophylaxie chimique), lui étaient envoyés, en majorité, par le Médecin-chef de l'hôpital, auquel ils s'étaient présentés pour un mal banal quelconque : plaie, adénite, brûlure, ou pour un symptôme qui les rendait suspects : céphalée, diarrhée, faiblesse généralisée, douleurs des pieds. Le Commissariat de police nous adressait également

(1) Gustave MARTIN, LEBGEUF et ROUBAUD. La maladie du Sommeil au Congo. Rapport de la mission d'Etudes, 1906-1908, p. 647.

des noirs arrêtés pour excitation, coups et blessures, et que nous reconnaissons souvent parasités. Quelques indigènes venaient aussi à nous bénévolement parce qu'ils avaient des envies invincibles de dormir, mais ils se trouvaient le plus souvent à une période avancée de la maladie où il n'y avait pour eux aucune chance de guérison. Exceptionnellement, certains trypanosomés étaient dirigés sur Brazzaville par les Médecins des postes ou par les Administrateurs. Le recrutement des malades qui nous servaient de sujets d'étude, dépendait donc surtout des conditions dans lesquelles se passait la visite à l'hôpital et du médecin appelé le premier à examiner les noirs venus à la consultation. Aussi, le nombre des indigènes reconnus atteints et de ceux soumis à un traitement pouvait-il être excessivement variable (1). Cette première considération, au point de vue de la prophylaxie de la trypanosomiasse humaine à Brazzaville, a bien son importance.

2° Parmi les hypnosiques en traitement, les uns continuaient à vivre en ville, les autres étaient hospitalisés. Les malades appartenant à l'une ou l'autre de ces deux catégories n'étaient pas tous traités par nous. Le laboratoire en principe se réservait la direction du traitement des individus les plus favorables à des essais de thérapeutique. Le Médecin-chef de l'hôpital gardait également une certaine quantité de malades qui recevaient des injections d'atoxyl. Aussi, de nombreux trypanosomés, après avoir été soignés en ville, par le laboratoire, disparaissaient, puis venaient demander au Médecin-chef du Moyen-Congo leur admission à l'hôpital. D'autres échappaient à tout traitement et se représentaient, après un temps plus ou moins long, sous un nouveau nom lorsque leur état général s'était aggravé. Quelques-uns, poursuivis pour tentative de vol ou d'homicide, et conduits à nous pour être examinés au point de vue de la responsabilité de leurs actes, étaient aussi d'anciens malades en fuite. Dans tous les cas, il était très difficile de retrouver leurs antécédents, la date à laquelle ils avaient laissé voir pour la première fois des parasites, le genre de médication auquel ils avaient été soumis. Enfin, nous n'avions

(1) Ainsi en janvier 1909 le nombre des individus suspects adressés par l'hôpital au laboratoire était de 39 (sur lesquels 12 étaient reconnus trypanosomés). En février, il n'était que de 21 (14 trypanosomés). En mars de 19 (11 trypanosomés). En avril de 9 (5 trypanosomés).

jamais de renseignements officiels sur les malades venus des postes, et il nous était impossible de donner à leur sujet notre opinion (qui souvent nous était demandée) dans les cas fréquents où ils n'étaient pas traités par nous. Le laboratoire ne possédait pas non plus les observations de tirailleurs trypanosomés dont le Médecin-chef de l'hôpital désirait diriger le traitement. Nous ignorons le nom de plusieurs d'entre-eux qui ont reçu des injections d'atoxyl. Nous n'avons jamais rien su de leur état de santé à la fin du traitement, ni de la direction prise par les différents malades,

3° Les malades dirigés sur le camp de la police pour excitation cérébrale ou folie continuaient à recevoir des soins du premier médecin qui avait posé le diagnostic ou pris au début la direction de leur traitement, mais aucune visite médicale régulière n'était faite à la prison. Or, même à cette période de troubles mentaux, les malades peuvent présenter des trypanosomes plus ou moins nombreux dans le sang circulant et dans les ganglions. Ils peuvent donc être une source de contamination pour leurs voisins.

4° Le traitement a, le plus ordinairement, l'avantage de faire disparaître les trypanosomes de la grande circulation. Chaque médecin a donc le devoir de faire suivre une médication judicieuse à tous les gens atteints sans exception, mais il est nécessaire que des examens microscopiques viennent contrôler si les doses administrées sont suffisantes pour supprimer toute cause de contamination. C'est ainsi que chez certains malades, insensibles à l'atoxyl, des parasites peuvent persister dans le sang, malgré des injections. Ces cas sont heureusement l'exception, mais ils doivent pouvoir être dépistés.

5° Le médecin doit toujours s'efforcer de faire le diagnostic précoce de la maladie.

Pour toutes ces multiples raisons (1), il y avait donc intérêt, pour combattre avec avantage la Trypanosomiasse humaine à Brazzaville, non seulement à centraliser les renseignements du chef-lieu en une même direction, mais encore à créer un service

(1) « Pour la plupart des mesures de prophylaxie des médecins sachant faire le diagnostic au microscope s'imposent. Ils sont trop rares sur la vaste étendue du Congo. Eux seuls peuvent s'opposer à la marche envahissante du fléau ». (Rapport sur les premiers travaux de la mission d'études de la M. du S. février 1908, M. MESNIL, page 23).

spécial de surveillance de la maladie, à dresser la liste complète des noirs atteints, à grouper ceux-ci sous une même autorité médicale.

On évitait également, par cela même, les critiques adressées à l'ancien état de choses, alors que le laboratoire, conservant seulement pour des essais de traitement une série d'individus aux premières périodes, on ne voyait dans ce choix qu'un moyen pour nous d'avoir de bonnes statistiques et de nous débarrasser des gâteux, des impotents et des aliénés.

Un simple exemple illustrera d'une façon très nette l'inconvénient de laisser à différents services le traitement des trypanosomés : Moussa SIDIBÉ, tirailleur, infecté à Moutamba (région de Sibiti), hospitalisé (2^e période), avait déjà été examiné, le 6 février 1909 et avait été reconnu atteint de trypanosomiase (*Trypanosomes nombreux dans le sang circulant*). Il fut laissé à la disposition de l'hôpital. Il ne reçut aucune médication, nous fut adressé de nouveau au laboratoire comme suspect de trypanosomiase le 27 avril. Il montrait toujours des *Trypanosomes assez nombreux à l'examen direct du sang!!!*

Aussi, pour éviter le renouvellement de pareils faits, le laboratoire acceptait, après entente avec M. le Médecin-Chef du Moyen Congo, de prendre à Brazzaville la direction du service médical proprement dit de tous les trypanosomés et d'assurer leur traitement, mais sans avoir à s'occuper du service administratif général.

Les dépenses nécessitées par l'achat de médicaments et par les frais divers de traitement étaient remboursées par le bureau des finances du Moyen-Congo.

*
* *

Aucune mesure sérieuse de prophylaxie contre la maladie du sommeil n'était encore prise à Brazzaville au commencement de 1909. Il n'y avait pas de service spécial des hypnotiques. Toute chance de contamination, même pour les habitants du chef-lieu, était donc loin d'être supprimée ; et la grande quantité aussi bien de malades inconnus de passage à Brazzaville, que d'individus atteints habitant le chef-lieu ne suivant aucun traitement, restaient un danger permanent pour la population européenne. Le docteur LEBŒUF, dans ses rapports, a également très souvent in-

sisté sur ce point. Il existait, en effet, de nombreux hypnosiques méconnus, parmi les indigènes des différentes administrations, parmi les tirailleurs, la garde civile, la police, la douane et surtout parmi toute cette population flottante venue de Loango, de Bangui, de la Sangha. Il ne faut pas oublier que Brazzaville est un gros centre de passage vers où convergent tous les miséreux à la recherche d'une place ; parmi eux, les chefs de factorerie recrutent leur personnel, les compagnies concessionnaires leurs manœuvres et leurs porteurs. A côté d'eux, promenant leur virus redoutable, des individus reconnus trypanosomés échappaient aussi à notre traitement ; des boys, des cuisiniers, des concubines continuaient à vivre près d'Européens qui, les sachant malades cependant, étaient loin d'être les premiers à les encourager à suivre une médication régulière. Ils les conservaient à leur service malgré leur refus absolu de recevoir tout médicament. Les indigènes, au début de leur affection, se prétendaient non malades et ne voulaient pas se faire soigner. Si, plus dociles ou plus faciles à persuader que les autres, quelques-uns daignaient bien accepter quelques injections, ils se figuraient guéris dès qu'ils se sentaient améliorés, après deux ou trois semaines de traitement. Ils disparaissaient, ou prenaient du service auprès d'un patron insouciant ou ignorant de leur état de santé.

A maintes et maintes reprises, le laboratoire avait demandé à passer l'examen des indigènes dépendant de l'Administration. Des visites avaient même été faites à la milice, à la prison. Nous avions provoqué des réunions du Conseil d'hygiène, nous avions insisté sur la nécessité de créer un service de voirie et de débroussaillage chargé de la destruction des gîtes à tsétsés, sur l'utilité d'éloigner de la ville européenne les quartiers indigènes, d'établir une surveillance sanitaire rigoureuse, de délivrer des passeports sanitaires, d'examiner les indigènes à leur arrivée à Brazzaville et à leur départ. Jamais aucun service officiel n'avait été organisé.

Une Commission nommée par le Gouverneur du Moyen-Congo et dont nous faisons partie, se réunissait cependant les 5 et 25 mai 1909 : 1° pour donner son avis sur l'utilité d'un lazaret pour les trypanosomés, sur le choix de son emplacement, et, 2° pour étudier les moyens pratiques de sauvegarder la santé générale de la population européenne et indigène de Brazzaville.

La Commission émettait le vœu :

- 1° Qu'un service spécial de débroussaillage fut créé;
- 2° Que la maladie du sommeil fût ajoutée à la liste des maladies contagieuses, dont la déclaration serait obligatoire;
- 3° Que les villages indigènes fussent déplacés à une certaine distance de la ville européenne.

Mais il appartenait à M. le Gouverneur Général MERLIN et à M. le Directeur du Service de Santé, le docteur CLOUARD, auxquels nous ne saurions trop témoigner de reconnaissance pour leur haute bienveillance, pour leur précieux et indispensable concours, de s'intéresser tout particulièrement à cette question de prophylaxie de la maladie du sommeil et de prendre des mesures applicables à toute l'étendue du Congo français.

Devant les nombreuses et réelles difficultés que rencontre le ravitaillement de Brazzaville, devant les objections de certains commerçants, et dans un but de large tolérance, M. le Gouverneur Général MERLIN fit paraître à l'*Officiel* l'arrêté du 23 juin 1909, qui prévoyait les points les plus urgents. Bien appliqué, il suffisait largement pour le moment.

ARRÊTÉ instituant dans les centres de la colonie du Congo, où il existe une formation sanitaire régulière, un service de surveillance de la maladie du sommeil.

LE GOUVERNEUR GÉNÉRAL DU CONGO FRANÇAIS,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,

Vu les décrets des 11 février 1906 et 26 juin 1908, portant réorganisation du Congo français ;

ARRÊTE :

ARTICLE PREMIER. — Dans tous les centres de la colonie du Congo, où il existe une formation sanitaire régulière, et dans tous ceux où il réside un médecin, il est institué un service de surveillance de la maladie du sommeil. A Brazzaville ce service est assuré par l'Institut Pasteur.

ART. 2. — Les indigènes suspects de trypanosomiase sont signalés et adressés sans délai au médecin, chef de la formation sanitaire, par le fonctionnaire ou agent commandant la circonscription.

ART. 3. — Sont adressés d'office à l'autorité médicale :

- 1° Les indigènes employés, à un titre quelconque, par ses services publics tant civil que militaire ;
- 2° Les indigènes appelés à louer leurs services, conformément aux dispositions du décret du 28 mai 1907 ;
- 3° Les indigènes appelés à élire domicile dans la localité ;
- 4° Les détenus à quelque titre que ce soit.

ART. 4. — Le permis d'embarquement prévu par l'arrêté du 28 mai 1901 ne sera délivré que sur production d'un certificat médical établi par le méde-

cin qualifié constatant que le partant est indemne de toute trypanosomiase.

ART. 5. — L'autorité médicale procède dans les délais les plus brefs à l'examen des indigènes qui lui sont adressés.

Si l'examen révèle la présence de la trypanosomiase, l'indigène est mis en observation ou isolé suivant l'ordre du médecin.

ART. 6. — L'indigène mis en observation est astreint à se présenter régulièrement à la visite médicale, aux jours et heures fixés par le médecin.

ART. 7. — L'indigène isolé est interné dans les villages dits d'isolement, dont les dispositions spéciales préciseront le fonctionnement.

ART. 8. — Sont punies des peines prévues à l'article 1^{er} de l'arrêté local du 1^{er} avril 1908, les infractions au présent arrêté. Cette disposition est notamment applicable aux indigènes qui, placés en observation ne se présenteront point à la visite de l'autorité médicale ou qui isolés, sortiront du périmètre d'isolement.

ART. 9. — Les Lieutenants-Gouverneurs sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera enregistré et communiqué partout où besoin sera, publié et inséré au *Journal officiel* du Congo français.

Brazzaville, le 23 juin 1909.

M. MERLIN.

Le service de prophylaxie en 1909 a donc fonctionné à Brazzaville d'après cet arrêté. Il a été assuré par l'Institut Pasteur qui a traité (prophylaxie chimique) sans exception, toutes les catégories de trypanosomés :

1° les aliénés (pavillon spécial sous la garde de la police);
2° les impotents (hospitalisés); 3° les malades plus ou moins valides logeant en ville.

Nous avons visé le permis d'embarquement de tous les noirs se rendant à un point quelconque du Congo. Nous avons arrêté ainsi des boys, des cuisiniers, des serviteurs désireux de suivre leur maître jusqu'à Fort-Lamy. Nous avons examiné tous les indigènes appelés à louer leurs services, manœuvres, porteurs, etc., destinés à servir à l'intérieur pour une compagnie concessionnaire et venant réclamer à l'Administrateur-Maire le certificat d'engagement.

Les indigènes civils et militaires employés par les services publics (miliciens, douaniers, agents de police, charpentiers et manœuvres des travaux publics) ont été examinés ainsi que les détenus.

Dernièrement, la visite avant l'embarquement pour Libreville, de noirs recrutés dans la Sangha pour servir comme miliciens au Gabon, nous permit d'en arrêter 7 sur 70 (10 %), encore que de nombreux individus suspects ne purent être examinés à fond, leur passage à Brazzaville n'ayant été que de 24 heures.

Bref, l'application de l'arrêté nous a permis de dépister à Brazzaville, dans le courant de l'année 1909, plus du tiers de nos malades.

Cet arrêté a empêché également la fuite d'individus en cours de traitement et non guéris qui sollicitaient des engagements dans diverses maisons de commerce de l'intérieur du pays.

Disons ici que certains chefs de factorerie nous ont présenté sous de faux noms à quelques jours d'intervalle, des mêmes individus bien constitués et en bon état, auxquels nous délivrions le permis d'engagement. Des malingres, des gens plus ou moins suspects prenaient ensuite leur place pour s'embarquer vers des régions lointaines.

Nous avons su également que des noirs se sont soumis à notre visite moyennant un franc, à la place d'un camarade sollicitant un certificat sanitaire.

Il sera facile de remédier dans l'avenir, par des sanctions disciplinaires, à ces subterfuges. Nous avons songé à placer, au poignet de chaque noir examiné, une ficelle avec un cachet spécial délivré par le laboratoire.

Il serait certes illusoire de prétendre que l'arrêté, tel qu'il est conçu, prévoit tous les cas et peut empêcher toute contamination de Brazzaville, mais il permet de détruire avec avantage au chef-lieu une certaine quantité de virus. Connaissant la mentalité indigène, nous avons été les premiers à ménager les susceptibilités et les craintes des noirs.

Beaucoup d'entre-eux s'effraient certes de la moindre petite ponction ganglionnaire qui prend dans leur esprit les proportions d'une véritable opération chirurgicale. Or, l'approvisionnement du marché de Brazzaville en œufs, poulets, vivres, est très difficile; les marchands des villages environants, dont plusieurs certainement sont infectés, refuseraient absolument de venir au chef-lieu s'ils devaient d'abord passer par nos mains.

L'engagement de nombreux manœuvres pour les différentes constructions d'une capitale en voie de réorganisation deviendrait impossible, le commerce se plaindrait vite des entraves apportées à la libre circulation et aux échanges, le recrutement des gens intelligents appartenant aux divers corps de métier et dont le besoin ici se fait si grandement sentir serait très difficile si une réglementation trop dure et trop sévère venait imposer à tous des examens systématiques.

Certains points cependant, sur l'importance desquels il était utile d'insister, furent à diverses reprises soumis à l'attention du Gouvernement Général :

1° Les hommes des équipages de bateaux, les mécaniciens, les manœuvres du bord, qui fournissent une forte proportion de trypanosomés, échappent à notre contrôle.

2° Un service d'arraisonnement à l'arrivée des vapeurs au chef-lieu serait utile. De nombreux travailleurs, en effet, partis en bon état de Brazzaville ou des environs, reviennent après avoir séjourné dans des régions contaminées pendant un an ou deux. Là, ils ont pu s'infecter. Or, ils ne sont reconnus malades qu'au moment où ils viennent se présenter à nous pour un nouvel engagement. Pendant toute une longue période ils restent dangereux pour la population de Brazzaville.

3° La recherche des individus vagabonds porteurs de virus, errant en ville serait indispensable. Nous avons procédé à la visite de quelques quartiers de Brazzaville et nous avons découvert des trypanosomés terrés dans leur case et vivant en famille.

Il serait également d'une sage prophylaxie de donner des conseils aux Européens partant dans la brousse et d'examiner les suspects avant leur départ pour la France. Trop peu nombreux sont ceux qui se soumettent bénévolement à notre examen. Plusieurs certainement sont rentrés en Europe contaminés, mais il est difficile de prendre des mesures à leur égard. Seuls, les officiers, les fonctionnaires, passant devant le Conseil de Santé, nous sont, devant un symptôme douteux, adressés au laboratoire, mais les colons, les employés de commerce restent absolument libres.

Enfin, beaucoup d'individus trypanosomés proviennent du Congo belge et réciproquement, beaucoup de nos malades se soustraient à notre traitement en passant sur la rive opposée. On pourrait préparer entre la Belgique et la France un arrangement et protocole comme ceux signés à Londres, le 27 octobre 1908, entre la Grande-Bretagne et l'Allemagne (1) au sujet de la Maladie du Sommeil.

Il y a un mouvement incessant et journalier de commerçants noirs et de promeneurs indigènes entre Kinchassa, Léopoldville

(1) *Bulletin officiel internat. — Hygiène publique*, juin 1909.

et Brazzaville. Il nous est arrivé de trouver, au moment où ils faisaient viser leur permis d'embarquement pour le retour, des femmes habitant le territoire étranger, des employés, des fonctionnaires de l'Etat belge *trypanosomés*. Il est impossible de les garder au lazaret de Brazzaville.

L'arrêté ne semblait viser qu'une catégorie d'individus et, en effet, les indigènes voyageant sur réquisition du Gouvernement, c'est-à-dire les écrivains indigènes des bureaux, les employés de la douane, de la police, des postes et télégraphes, les maçons, les charpentiers en service aux travaux publics, les miliciens, les tirailleurs, les indigents rapatriés dans leur pays d'origine, n'avaient pas besoin de permis d'embarquement et pouvaient quitter le chef-lieu, à notre insu, même si au cours d'une visite prévue par l'article 3 de l'arrêté, ils avaient été reconnus *trypanosomés* et s'ils étaient en cours de traitement. Ainsi, ces individus, les seuls qui très régulièrement et systématiquement pouvaient être suivis et traités d'une façon assidue et permanente pendant leur séjour à Brazzaville, les seuls dépendant d'une façon continue de l'autorité médicale, étaient les seuls qui pouvaient y échapper au dernier moment.

OUAGMI, milicien, examiné le 24 novembre 1907, originaire d'un village situé près de Damraou (Chari) traité de novembre 1907 à mars 1908 a été autorisé à retourner dans son pays d'origine et a obtenu une réquisition en septembre 1909 sans que nous ayons été prévenus et sans qu'il ait subi un examen médical. Il était d'ailleurs en excellent état apparent de santé.

SAMBA TARAORÉ, ex-milicien, originaire de Bakel, s'est embarqué pour le Sénégal par le paquebot français de novembre muni de tous ses papiers parmi lesquels trois feuilles de réquisition pour le passage du Pool, pour le chemin de fer belge et pour le paquebot. Aucune d'elles n'a été visée par nous. Sous prétexte qu'il n'avait pas besoin de *permis d'embarquement* il n'a pas eu à se présenter à nous. Or, c'est un de nos malades qui a montré de l'excitation cérébrale : on a dû le faire enfermer au pavillon des aliénés du 1^{er} septembre au 25 octobre 1909. Devenu plus calme (une ponction lombaire constatait le 22 octobre 1909 qu'il n'avait pas de *Trypanosomes* dans le liquide céphalo-rachidien), il avait été autorisé à habiter en ville à la condition de venir d'autant plus sérieusement se faire soigner qu'il n'avait reçu qu'un traitement à la solution de LÉFFLER et une seule injection d'atoxyl. Il était donc particulièrement délicat de permettre à un pareil malade, qui peut représenter d'un jour à l'autre des troubles mentaux, de rentrer au Sénégal, après un traitement qui aurait été certes plus intensif si nous avions pu prévoir que ce malade pouvait échapper à notre surveillance. L'un de nous, de passage à Libreville quelques mois plus tard y rencontra Samba

TARAORÉ, qui avait jugé bon de débarquer dans ce port et qui avait pu le faire sans aucun inconvénient.

Pour empêcher le renouvellement de pareils faits, les réquisitions délivrées aux indigènes employés par les services publics furent visées par le laboratoire.

La question soulevée par le cas de Samba TARAORÉ n'en garde pas moins son importance, car nombreux sont les Sénégalais atteints de maladie du sommeil, ayant contracté cette affection au Congo, appartenant à des services publics de la colonie et qui ont droit au rapatriement à l'expiration de leur engagement.

Cette année: 3 tirailleurs et 1 femme sénégalaise, 2 douaniers, 9 miliciens et un enfant, soit 16 individus originaires du Sénégal (Bakel, Kayes, Rufisque, Sikasso, Dakar), ont été reconnus trypanosomés à Brazzaville et ont contracté cette affection au Congo.

Or, à leur sujet, il est à se demander au bout de combien de temps on pourra permettre à un individu trypanosomé régulièrement soigné et ne laissant plus voir de parasites, de retourner dans son pays d'origine. On ne peut, en effet, considérer Brazzaville comme le centre vers lequel seront dirigés tous les trypanosomés du Moyen-Congo. On ne peut accumuler sur ce même point tous les gens reconnus infectés au moment de leur départ pour l'intérieur et grever le budget des dépenses nécessitées par leur traitement et leur entretien. Le système de surveillance fonctionne, le camp d'isolement est créé pour protéger le chef-lieu et uniquement le chef-lieu, mais les mêmes questions qu'il importe déjà d'envisager ici, seront soulevées dans un avenir prochain par les autres formations sanitaires qui auront à assurer, d'après les mêmes principes, la prophylaxie de leur région.

Pour les habitants du Congo nous avons résolu la question ainsi: nous accordons sur leur demande répétée et sérieusement motivée la permission aux individus ayant reçu des injections d'atoxyl pendant un mois ou deux et ne laissant plus voir de trypanosomes à l'examen du sang et des ganglions, de retourner dans leur village quand celui-ci appartient à une région indubitablement contaminée (rives du Congo, Sangha, route des caravanes, par exemple), ou quand ils regagnent un centre où se trouve un médecin. Nous adressons dans ce dernier cas à notre confrère l'observation de notre malade en le priant de continuer à

le suivre et à le traiter. Il est beaucoup plus délicat de mettre en route un individu désirant gagner, même s'il paraît guéri, une région indemne où le réclament ses parents, sa famille.

Quant aux indigènes d'origine sénégalaise ou soudanaise, autorisés à regagner leur pays après guérison probable, ils pourraient être signalés au médecin du bord où ils prendront passage; celui-ci au moment de l'arraisonnement à Dakar, par exemple, ou dans tout autre port, remettrait une fiche et les feuilles d'observation au service de santé de l'endroit.

Il serait facile de diriger ensuite le malade sur un centre pourvu de médecin sous la surveillance duquel il resterait placé.

Il y aurait lieu, dans ces conditions, d'établir un projet d'arrêté entre l'Afrique Occidentale française et l'Afrique Equatoriale française, où des indigènes originaires de la Guinée, du Dahomey et de la Côte-d'Ivoire se trouvent en service.

M. le Dr CLOUARD a aussi envisagé pour les militaires indigènes (tirailleurs) contractant la trypanosomiase au Congo, la question de retraite.

Il serait également de toute humanité et de toute justice d'accorder aux familles des miliciens trypanosomés et succombant à cette affection une petite pension alimentaire.



Le laboratoire pendant l'année 1909 a toujours eu en traitement une moyenne quotidienne de 150 à 160 malades trypanosomés, et ce nombre aurait été de beaucoup plus élevé si l'arrêté du 23 juin avait été plus strictement appliqué et si beaucoup d'individus parasités n'échappaient à notre autorité médicale non seulement avant tout traitement, mais aussi en cours de traitement.

Sur 457 malades traités de 1907 à 1909, il y a eu 130 fuites.

En 1909, 59 trypanosomés se sont enfuis :

14 anciens (en traitement depuis 1907 à 1908);

42 nouveaux (c'est-à-dire reconnus pendant l'année 1909);

21 nouveaux n'ayant suivi aucun traitement.

Beaucoup de ces indigènes continuent actuellement à créer des foyers d'infection à Brazzaville même ou dans les villages des environs où ils se réfugient.

Le village de ségrégation de Brazzaville doit donc tout d'abord fonctionner de façon à pouvoir accepter cette catégorie spéciale

d'individus, à assurer leur traitement régulier et à les surveiller. Il doit être assez important pour recevoir les malades graves et impotents. Des établissements spéciaux doivent être prévus pour eux. De nombreuses affections intercurrentes viennent, en effet, trop souvent au cours de l'évolution de la trypanosomiasse humaine, compliquer pendant de longues périodes le traitement.

A la dernière période, le malheureux malade du sommeil, gâ-teux, incapable de tout effort, a besoin également de soins particuliers.

Un bâtiment spécial d'hôpital (avec une salle ou deux) est absolument nécessaire.

Un « pavillon des aliénés » sera réservé aux impulsifs, aux mélancoliques, aux ambulomanes dangereux. Chaque malade aura sa cellule, mais jouira également de la vie au grand air. Beaucoup de trypanosomés semi-aliénés inoffensifs, ont surtout besoin de surveillance. La proximité du village d'isolement et du pavillon où ils pourront être facilement enfermés aux périodes d'excitation permettra de les laisser vivre librement le plus possible. Ce camp de ségrégation bien compris fonctionnera parallèlement avec un système de surveillance en ville, assuré par des agents sanitaires.

A proximité du chef-lieu, nous avons choisi pour le futur camp d'isolement destiné à recevoir les trypanosomés de Brazzaville une plaine *dénudée* coupée par un ruisseau qui n'est jamais à sec. Les rives en étaient bordées d'une brousse épaisse qui a été coupée en laissant seulement les arbres de haute futaie. Nous ferons poursuivre méthodiquement le débroussaillage sur plusieurs centaines de mètres, et le plus possible en amont comme en aval du village, car quelques *Glossina palpalis* ont été recueillies au bord du ruisseau, et il serait à craindre que lors de l'installation du camp il ne se crée « un gîte humain permanent », si des mesures sérieuses n'étaient prises. Parmi les trypanosomés admis au lazaret, ce sont les plus valides qui doivent méthodiquement et systématiquement pratiquer ce débroussaillage.

Trente cases de 6 m. sur 2 m. ont été livrées dans les premiers mois de 1910. Chacune d'elles pouvant abriter quatre personnes est divisée en deux compartiments de 3 m. × 2 m.; mais plusieurs de ces cases devant servir de salle de visite, de magasin, de logement à l'infirmier, aux gardiens et aux surveillants, ce petit village est absolument insuffisant pour recevoir même

tous les trypanosomés autorisés à loger en ville. On ne pourra y interner qu'une centaine de malades, car il faut prévoir que plusieurs d'entre-eux seront accompagnés de leur femme et de leurs enfants.

En attendant l'organisation définitive du camp qui, en principe, doit être destiné à recevoir la totalité des trypanosomés de Brazzaville avec un nombre suffisant de surveillants, de gardiens et d'infirmiers pour le fonctionnement, en attendant l'installation : 1° d'un village proprement dit où les malades se livreraient à des travaux de culture ; 2° d'un pavillon spécial pour les aliénés, entouré d'une enceinte ; 3° d'un bâtiment pour les impotents ; le village accueillera, en 1910, les individus à peu près valides qui ne nécessiteront pas de soins constants ou particuliers. Les impotents et les infirmes seront traités à l'hôpital, et les aliénés continueront à être soignés au camp de la police, où le régisseur de la prison sera responsable de leur surveillance et de leur ravitaillement. Pour toutes ces catégories d'individus, l'Institut Pasteur sera chargé exclusivement de la direction médicale et déchargé de toutes questions administratives.

Au cours de l'année 1909, nous avons assuré la prophylaxie de la maladie du sommeil et la surveillance des individus parasités, par nos propres moyens. Une fois par semaine ou plus souvent, suivant les indications données par notre infirmier qui s'y rendait deux fois par jour, matin et soir, nous allions à l'hôpital ou à la prison examiner les trypanosomés.

A 7 h. 1/2 tous les matins, commençait au laboratoire, la visite des trypanosomés valides en cours de traitement. Nous examinons ensuite les nouveaux venus, les suspects adressés des différentes directions. Trois listes comprenant, la première les trypanosomés de la ville, la seconde ceux hospitalisés, la troisième les déments, nous permettaient facilement de contrôler les absences et les fuites. Sur un registre général étaient inscrits les noms des malades, les uns à la suite des autres, avec leur observation, leur poids, leur température, leur traitement. Cette observation était ensuite, pour chaque malade, transcrite sur une feuille spéciale permettant de la mettre à un dossier soit de traitement, soit de période de la maladie.

Quand un individu en traitement, habitant la ville, restait absent trop longtemps, nous le faisons rechercher par notre infirmier accompagné d'un agent de police. Depuis 1910, nous avons

obtenu qu'un agent sanitaire fût spécialement attaché à la surveillance des individus autorisés à vivre dans leur case. Le matin, il assiste à l'interrogatoire des malades, il repère leur physionomie, s'inquiète de leur logement et du village indigène où ils habitent, et l'après-midi il se met à la recherche des récalcitrants et des mauvaises têtes. Habitué à voir défiler devant lui de nombreux malades, l'agent sanitaire reconnaît les signes cliniques de la maladie (teinte terreuse des cheveux, excitation cérébrale, etc...), et il nous amène lui-même des individus cachés au fond de leur demeure, errant au marché ou dans les rues, et qui sont trypanosomés. En augmentant le nombre des agents sanitaires, on arriverait à créer facilement un service spécial bien défini qui se rendrait très utile en assistant à l'arrivée des vapeurs à Brazzaville, en prenant les noms des individus suspects, en nous les conduisant, en surveillant les passeports sanitaires.

Enfin, des infirmiers noirs pourraient être dressés non seulement à poser le diagnostic clinique de la maladie, mais aussi à pratiquer la ponction ganglionnaire, à examiner au microscope le suc lymphatique, le sang et à y déceler la présence du trypanosome. C'est ainsi qu'actuellement nous avons à notre service un infirmier qui sait lui-même établir un diagnostic bactériologiquement, et sous notre direction, car on ne doit jamais cesser de contrôler les aides indigènes, il nous rend de très appréciables services pour viser les permis d'embarquement et d'engagement.

Des fiches de signalement pourront également faciliter la recherche des malades par la police et nous en avons fait établir pour Brazzaville.



Le plan général de la lutte contre la maladie du sommeil comprenait, en 1909 :

1° Un service de surveillance des individus trypanosomés, tel qu'il vient d'être étudié pour Brazzaville. Il devait fonctionner dans chacun des postes du Congo où résidait un médecin, avec la création de villages d'isolement.

Les centres de Ouessou et de Bangui ont délivré des passeports sanitaires.

Beaucoup d'Administrateurs préconisent la création de villages de concentration placés sous une autorité médicale à laquelle seraient adressés les malades de la région. Ceux-ci seraient nourris par le village auquel ils

appartiennent. Des infirmiers indigènes spécialement désignés pourraient parcourir le pays, feraient diriger les malades, les suspects sur le camp de refuge. Des tournées médicales auraient lieu également. On en profiterait pour donner des conseils aux habitants des régions éprouvées.

2° Le débroussaillage des villages indigènes, l'isolement des malades (l'évacuation des villages contaminés et leur reconstruction en terrain élevé, dénudé, éloigné des marigots, étaient prescrits par la circulaire de M. le Gouverneur Général, en date du 15 juin 1909, sur toute l'étendue de l'Afrique Equatoriale française.

Plusieurs Administrateurs signalent les difficultés du débroussaillage dans certaines régions, en pays inondés et le long des grands cours d'eau, à cause de l'exubérance rapide de la végétation qui reprend vite ses droits. Ce travail, pour être mené à bien occuperait toute la population. « Tous les habitants de certains villages travaillant en permanence n'y suffiraient pas ». D'autres ne sont guère partisans de la case d'isolement construite pour chaque village. « Les malades n'y resteront pas s'ils sont encore à peu près valides ; s'ils sont à une période avancée, les habitants continueront à ne pas s'occuper d'eux. De plus, les malades dangereux, excités, fous, sont impossibles à cantonner dans une case isolée à moins d'employer la force ». De toute façon une surveillance constante serait nécessaire autour de la case d'isolement.

« Il y a lieu de s'étonner des petits sacrifices demandés à l'indigène et des efforts considérables qu'il faut déployer pour les obtenir. Un travail de 15 jours sous la surveillance directe d'un Européen durera de longs mois si les indigènes sont livrés à eux-mêmes. Les travaux de propreté, de débroussaillage sont exécutés avec lenteur et exigent beaucoup trop de temps ».

3° L'hygiène de l'habitation, la séparation des centres européens et des centres indigènes, le service de la voirie faisaient également l'objet d'instructions spéciales de M. le D^r CLOUARD, qui, mises en brochures et jointes à un résumé sur les symptômes, la propagation et la prophylaxie générale de la maladie, paraissaient au *Journal officiel* de la colonie (1) et étaient distribués largement.

Depuis le 1^{er} janvier 1910, à Brazzaville, un Administrateur-Maire a, parmi ses attributions, l'hygiène générale de la ville et de son périmètre urbain. Il a organisé un service de voirie et de débroussaillage, et, doit nous adresser mensuellement un compte-rendu des différents travaux exécutés.

Déjà vers la fin de 1909, les quartiers indigènes : « village

(1) Circulaire de M. le Gouverneur Général du 15 juin 1909, relative à l'hygiène générale des escales indigènes.

sénégalais », « village des pêcheurs », ont été déplacés. Toutes les cases du « village bacongo » ont été reconstruites suivant un plan unique. Elles sont aérées et bien tenues ; de larges avenues facilitent les corvées de propreté.

Les gîtes à tsétsés de « la Glacière », de « la briqueterie » ont disparu ; mais les mouches ont élu domicile à quelques centaines de mètres plus loin, là où existent encore des galeries forestières.

Les glossines ont beaucoup diminué au « gîte Gomès », à « la briqueterie du Tchad », où l'on a débroussaillé.

Elles sont toujours aussi nombreuses à « la M'Foa », à « M'Bama », au marigot de la Mission catholique où aucun débroussaillage n'a été opéré.

*
* * *

En conclusion, l'année 1909, a marqué un progrès incontestable et réel pour l'application des mesures sanitaires. Il reste encore beaucoup à faire et le problème de la lutte contre le fléau est loin d'être résolu, mais nous savons qu'au moment où on met en valeur cette immense colonie de l'Afrique Equatoriale française, cette grave question de la Maladie du sommeil continue à être l'une des principales préoccupations de M. le Gouverneur Général qui a su montrer déjà toute l'importance qu'il attachait aux questions sanitaires et d'hygiène.

(Institut Pasteur de Brazzaville.)

(1) Gustave MARTIN, LEBŒUF et ROÛBAUD. La maladie du sommeil au Congo français, pages 100, 393-395.



